UB-101-A (3-05) - REVERSE

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA

REGISTRO DE BÚSQUEDA DE TRABAJO desde *(fecha de comienzo de su reclamo de UI)* _____ hasta la próxima visita

(LA BÚSQUEDA DE TRABAJO INDICADA ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN)

REGISTRE TODOS LOS INCIDENTES DE SU BÚSQUEDA DE TRABAJO INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A ÉSTOS, RESUMÉS ENVIADOS, ENTREVISTAS, SOLICITUDES EN PERSONA Y REDES INFORMATIVAS. LLEVE CONSIGO SU REGISTRO(S) DE BÚSQUEDA DE TRABAJO A SUS ENTREVISTAS.

NOMBRE DEL RECLAMANTE *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)*	NÚM. DE SEGURO SOCIAL

FECHA	TIPO DE COMUNICACIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN *(Calle y número, ciudad, estado, código ZIP)* DEL EMPLEADOR CON QUIEN SE COMUNICÓ	NÚM. DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN SE COMUNICÓ	TIPO DE TRABAJO SOLICITADO	RESULTADOS/COMENTARIOS

CERTIFICACIÓN

He contestado a estas preguntas con el propósito de obtener beneficios del Seguro por Desempleo. Entiendo que la ley dispone sanciones por hacer declaraciones falsas.

FIRMA DEL DECLARANTE	FECHA	FIRMA DEL DIPUTADO	FECHA

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA), el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con su Centro de Llamadas del UI.